

VELHOS DILEMAS NO PROVIMENTO DE BENS E SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA COMPARAÇÃO DOS CASOS CANADENSE, INGLÊS E AMERICANO

Mônica Viegas Andrade¹
Marcos de Barros Lisboa²

Resumo: Este trabalho sistematiza diversas questões referentes ao impacto do desenho institucional do sistema de saúde sobre o provimento dos serviços médicos. A análise desenvolvida se baseia principalmente nas evidências empíricas observadas nas economias americana, canadense e inglesa. O argumento básico do trabalho é a consideração dos incentivos existentes nos contratos entre os agentes do mercado de serviços de saúde como pontos fundamentais para garantir a eficiência do provimento de bens e serviços de saúde. A evidência empírica sugere que em sistemas onde o financiamento público é majoritário, na maior parte das vezes, os problemas de risco moral presentes nas relações de contrato entre os agentes desse mercado não são considerados, não existindo, portanto, incentivos que garantam a racionalização do uso dos recursos médicos. Em contraposição, nestes sistemas, a redução dos gastos é obtida através da imposição da restrição orçamentária do governo e também através de mecanismos regulatórios que garantem ao estado poder de mercado na barganha com os agentes provedores desses serviços.

Palavras-chave: sistema de saúde, risco moral, bens meritórios.

Abstract: This paper systematises some aspects related to the consequences of the institutional health system in the financing and delivery of health care services. The analysis is based on empirical evidences from United States, Canada and United Kingdom. The focus of this work is on the analysis of the impacts of the incentives that result from the contracts established between health care market agents in the management efficiency of the health care services. The empirical evidence suggests that, in general, in public systems the incentives that guarantee the rationalisation of the use of health care services are not incorporated in the designed contracts. This fact allows the emerge of typical moral hazard problems that exists in the relation-

1 Professora do Cedeplar/UFMG. (mviegas@cedeplar.ufmg.br)

2 Professor da EPGE/FGV. (lisboa@fgv.br)

ship between providers and financing agents and between patients and financing agents (that can be insurance companies or government). In opposition, in these systems the control of the expenditure is reached by the government budget constraint and regulatory mechanisms that guarantee some advantages to the government in the process of determination of providers reimbursement.

Key words: health care system, moral hazard.

Classificação JEL/JEL classification: I10

1 INTRODUÇÃO

O consumo de bens e serviços de cuidados de saúde apresenta duas características fundamentais que o difere do consumo da maior parte dos demais bens e serviços. Por um lado, seu consumo varia significativamente com os estados individuais da natureza. Como a maior parte desse risco é idiossincrático, não estando em geral associado à ocorrência de choques agregados na economia, a existência de um sistema de seguridade social, privado ou público, resulta em ganhos de bem-estar para os indivíduos. Por outro lado, em diversos países esses bens e serviços são tratados como bens meritórios, tendo o governo como objetivo garantir que toda a população possa usufruí-los. O acesso a esses bens e serviços pode ser garantido através de diversos mecanismos:

- implementação de um sistema de seguridade social compulsório público;
- provimento público dos bens e serviços considerados meritórios, políticas de subsídio cruzado que permitam aos grupos com menores rendas acesso a seguro-saúde privado;
- financiamento público dos gastos com saúde para grupos específicos;
- entre outros.

A escolha do mecanismo de provimento de financiamento dos bens e serviços relacionados aos cuidados de saúde está atrelada à discussão sobre qual o mecanismo mais eficiente para garantir o acesso de toda a população aos bens meritórios. Além disso cabe investigar em que medida esse setor apresenta peculiaridades que tornem ineficiente o provimento privado, seja do seguro, seja dos bens e serviços desejados.

O estabelecimento de um contrato de seguro-saúde, seja público, seja privado, envolve, necessariamente, três grupos de agentes:

- o segurador, que pode ser o governo ou seguradoras privadas;
- os provedores de cuidados médicos, que, uma vez mais, podem ser públicos ou privados;
- e os segurados.

A relação do segurador, seja com os provedores, seja com os segurados apresenta problemas de risco moral. Na relação entre o paciente e o provedor existe um problema de risco moral, pois na presença de seguro pleno, os agentes tendem a sobre-utilizar os serviços, já que o custo marginal do serviço demandado é zero. Na relação de contrato entre os provedores e os financiadores, os provedores também tendem a induzir uma maior utilização dos serviços já que possuem maior quantidade de informação que os agentes financiadores. Os provedores podem sobre-utilizar o volume de serviços, tanto para elevar seus rendimentos diretos, se o sistema de reembolso for por tarefa, como para tentar garantir a certeza de um diagnóstico correto. Por último, podem ainda existir, dependendo dos mecanismos que o governo implementa para garantir acesso a estes bens, problemas de seleção adversa de consumidores neste mercado.

Este artigo tem como objetivo comparar três experiências internacionais de desenho do sistema de seguridade do setor de cuidados da saúde. O argumento do texto é tentar mostrar que a eficiência do provimento desses bens depende dos incentivos existentes nas relações de contrato entre os agentes desse mercado. A definição das formas de financiamento e provimento dos bens e serviços de saúde, tem impactos diretos na alocação de recursos na economia. Estes impactos decorrem da estrutura de incentivos associada à cada forma de financiamento que são respostas à percepção das falhas existentes neste mercado. Nesse sentido, a eficiência na oferta desses bens, depende da estrutura de incentivos vigente nas relações de contrato entre os provedores e consumidores desse mercado. O conceito de eficiência considera o dispêndio e os resultados obtidos com o provimento dos serviços de saúde.³

A evidência empírica sugere que, em sistemas onde o financiamento público é majoritário, na maior parte das vezes, os problemas de risco moral presentes nas relações de contrato entre os agentes desse mercado não são considerados, não existindo, portanto, incentivos que garantam a racionalização do uso dos recursos médicos. Em contraposi-

3 Estamos tratando de eficiência no sentido de Pareto.

ção, nestes sistemas, a redução dos gastos é obtida através da imposição da restrição orçamentária do governo e também através de mecanismos de regulamentação que garantem ao estado poder de mercado na barganha com os agentes provedores desses serviços.

A análise será desenvolvida tomando como referência as experiências canadense, inglesa e americana, que se constituem, respectivamente, em paradigmas da participação pública e privada no desenho institucional dos sistemas de saúde. Na Inglaterra, o provimento e financiamento dos serviços de saúde é realizado pelo Estado, enquanto que no Canadá, o financiamento é público, mas o provimento, em sua maior parte, é privado. A economia americana, por sua vez, caracteriza-se como a economia que apresenta a maior participação do setor privado no financiamento e provimento de serviços de saúde.⁴ A participação do Estado se dá principalmente através do financiamento de dois programas públicos que garantem o provimento destes serviços para os grupos sociais que não têm acesso ao mercado de serviços de saúde:

- a população de baixa renda;
- a população com idade acima de 65 anos.⁵

Este trabalho está dividido em quatro seções, além desta. Na próxima seção apresentamos alguns fatos estilizados na literatura sobre o setor americano. A terceira seção compreende uma caracterização dos sistemas de saúde canadense, inglês e americano, dando ênfase às relações de contrato entre os agentes provedores e financiadores em cada economia. Na quarta seção discutimos as vantagens e desvantagens de se optar por financiamento público ou privado, abordando principalmente os problemas de risco moral e seleção adversa. A última seção apresenta as considerações finais.

4 Segundo os dados da OECD, na Inglaterra, em 1997, a participação do Estado no financiamento dos gastos em saúde chegou a 85%; no Canadá cerca de 75%; e nos Estados Unidos, de 45 a 50%. Embora a participação dos gastos públicos chegue a 45% dos gastos totais, os dados de população coberta indicam que, em 1995, cerca de 70% da população americana possuía algum tipo de cobertura de seguro privado (Apêndice, Tabelas 5 e 6).

5 Estes programas foram instituídos em 1965 pelo governo americano. O *Medicare* garante o acesso à população acima de 65 anos e o *Medicaid* à população de baixa renda e desabilitados ao trabalho. Além destes dois programas, o governo americano ainda é responsável pelo financiamento dos serviços de saúde dos militares ativos e veteranos de guerra e pelo financiamento de pesquisas na área de saúde.

2 FINANCIAMENTO PÚBLICO OU PRIVADO? FATOS ESTILIZADOS

O nível de gastos com serviços de atenção à saúde na economia americana é um dos fatos estilizados mais citados na literatura. Os Estados Unidos é hoje o país desenvolvido com o maior nível de dispêndio, cerca de 14% do Produto Interno Bruto, o que representa um valor *per capita* da ordem de \$4090 unidades em paridade de poder de compra.⁶ Comparado ao Canadá e à Inglaterra, sistemas de saúde com resultados bastante satisfatórios, os Estados Unidos gastam praticamente o dobro do valor *per capita* do Canadá e três vezes o dos ingleses.⁷

Em termos de resultados agregados, a economia americana não se destaca como o sistema que apresenta os melhores resultados compatíveis com sua estrutura de gastos, sugerindo a existência de ineficiência no provimento privado de serviços de atenção à saúde.⁸ A literatura americana em economia da saúde tem exaustivamente tentado explicar a discrepância dos gastos americanos. Uma dificuldade óbvia em

6 De 1993 a 1998 as taxas de crescimento dos gastos com saúde na economia americana têm acompanhado a taxa de crescimento do produto interno bruto.

7 Em 1997 o gasto total com serviços de saúde em valores *per capita* era da ordem de \$4090 unidades de paridade de poder de compra para os Estados Unidos, \$2095 para Canadá e \$1347 para o Reino Unido – Dados da *OECD Health Data 1998*. Os dados para o Reino Unido estão subestimados, pois os gastos estão contabilizados apenas para a Inglaterra e País de Gales (Apêndice, Tabela 4).

8 A expectativa de vida ao nascer para os Estados Unidos em 1995 era de 75,8 anos enquanto que para o Canadá a expectativa de vida era de 78,3 anos (*OECD Health Data 98*). Esta diferença se reduz quando analisamos a expectativa de vida adulta. A expectativa de vida para mulheres aos quarenta anos de idade era de 40,7 anos nos Estados Unidos e 42,5 no Canadá e para os homens a expectativa de vida aos 40 era de 37,5 anos no Canadá e 35,6 nos Estados Unidos. Os resultados para a Inglaterra são bastante similares aos do caso americano, expectativa de vida aos 40 anos para mulheres de 40,6 anos em 1994 e expectativa de vida aos 40 para homens era de 35,9 em 1994. Estes dados sugerem que a diferença de expectativa de vida nos Estados Unidos e outros países está provavelmente relacionada à mortalidade infantil. Os dados para mortalidade infantil mostram que nos Estados Unidos para cada 1000 nascimentos 8 crianças morrem, enquanto que no Canadá e Inglaterra esta número é de 6 crianças (Apêndice, Tabelas 1-3). Os resultados em análises microeconômicas onde se abordam algumas doenças específicas são bem mais satisfatórios que os agregados. Para algumas doenças como câncer de pulmão e pedra nos rins o tratamento na economia americana é mais eficiente do que na Inglaterra (Baily & Garber, 1997).

elucidar esse problema é a existência de dados compatíveis entre os países. Por outro lado, a comparação de resultados agregados de saúde é ambígua, já que podem existir outros elementos determinantes do estado de saúde dos indivíduos.

As explicações usuais na literatura apontam os custos administrativos e o uso intensivo de capital (equipamentos de alta tecnologia) como os fatores explicativos para essa possível ineficiência do sistema de saúde americano (Fuchs & Redelmeier, 1993).⁹ Segundo estes autores o *Managed Care* determina a necessidade de um sistema complexo de registros em contraposição aos sistemas públicos onde a centralização da gestão de compra e venda dos serviços resultaria em economias de escala. A concorrência estratégica entre as seguradoras na economia americana é uma evidência empírica que não corrobora o argumento de economias de escala na gestão dos serviços de saúde. Por outro lado, a discrepância nos dados sobre os custos administrativos pode estar apenas refletindo um maior rigor na contabilidade dos gastos americanos. As estruturas de seguridade pública e privada nos Estados Unidos necessitam de um controle rigoroso dos gastos e dos procedimentos realizados. Nos sistemas públicos, em geral, os gastos com administração são difíceis de serem discernidos, pois a maior parte da operacionalização do sistema é realizada conjuntamente ao sistema tributário. Ou seja, nesses casos, não existe um aparato específico para realizar a contabilidade dos gastos em saúde e dessa forma grande parte dos gastos administrativos não deve ser computada. Além disso, os dados oficiais mostram os custos administrativos como responsáveis por apenas cerca de 6% do montante total dos gastos o que, portanto, não seria suficiente para explicar a diferença nos gastos totais americanos em relação aos demais países.¹⁰

A segunda fonte de elevação dos gastos americanos apontada na literatura é o uso intensivo de capital. Parece ser de relativo consenso que os Estados Unidos utilizam mais intensivamente o capital que os

9 Muito embora vários autores apontem os custos administrativos como um dos principais elementos para se explicar a discrepância no nível de gastos americanos em relação aos demais países desenvolvidos, não há consenso sobre a participação destes no montante total dos gastos. Segundo os dados do *Health Care Financing Administration*, em 1996 os gastos com administração do seguro somam cerca de 6% dos gastos totais (Apêndice, Tabelas 10 e 12).

10 Nos dados da OECD não são contabilizados nos gastos administrativos as reservas líquidas de capital. Boa parte dos custos administrativos no *Managed Care* se deve principalmente a custos de monitoramento e gerenciamento da sobre-utilização dos serviços médicos. Uma análise mais detalhada deveria considerar não o valor total dos custos administrativos, mas apenas a parcela desses custos considerada desnecessária.

demais países.¹¹ A questão relevante, entretanto, não é apenas avaliar quão intensiva é a utilização de capital mas, sim, se essa utilização é eficiente e se os consumidores americanos preferem este tipo de tratamento. Alguns estudos têm sido realizados para tentar mensurar a eficiência desses serviços, mas as evidências só podem ser conclusivas para algumas doenças específicas, não sendo possível estabelecer uma única relação entre o uso de tecnologia e os resultados em saúde.

Nos sistemas públicos, a adoção de novas técnicas, que compreende a utilização de equipamentos tecnológicos mais sofisticados, em geral, é uma decisão centralizada e está condicionada à restrição de recursos imposta pelo Governo. Esta centralização determina o uso controlado destes equipamentos que vem acompanhado de um sistema de racionamento destes recursos. As filas de espera observadas nos sistemas inglês e canadense evidenciam um excesso de demanda por estes serviços.

Em contraposição, no sistema americano, a adoção de novas tecnologias é definida pelo mercado resultando em uso mais descentralizado de aparato tecnológico sofisticado. Muitos autores argumentam que a estrutura de financiamento da economia americana endogeniza o progresso tecnológico no sentido que gera incentivos para a super-utilização de equipamentos de alta tecnologia (Weilsbrood, 1991). A generalização do mercado de seguros garantiria a utilização desses equipamentos. Entretanto, a liberdade de escolha dos consumidores e a diversidade de produtos ofertada pelo *Managed Care* são elementos que sugerem que a adoção do uso intensivo de capital tem sido sancionada pelas preferências da população americana que poderia adquirir planos de seguro que não ofertassem o uso intensivo de novas tecnologias. O comportamento da população americana parece revelar que esta prefere comprar planos de seguro-saúde que garantam o acesso a equipamentos tecnológicos sem a necessidade de locomoção e sem a imposição de tempo de espera. O uso intensivo de tecnologia, onde aparentemente o valor marginal é muito pequeno não necessariamente gera perdas de bem-estar para a sociedade americana. Entretanto, esta não é uma hipótese testada na literatura.

Por último, ainda sobre a utilização de tecnologia, os EUA parecem estar de certa forma subsidiando a geração de tecnologia para o resto do mundo. Não existe uma sistematização dos países geradores de tecnologia em saúde, mas esta é uma possibilidade a ser considerada.

A diferença dos preços relativos dos insumos utilizados no provimento dos serviços de saúde entre os países desenvolvidos parece

11 O número de equipamentos de alta tecnologia nos EUA é bastante superior aos dos demais países (Apêndice, Tabela 11).

ser também uma explicação plausível para esta diferença. Observa-se, em alguns países, um controle público do sistema de reembolso dos provedores de saúde. No Canadá, por exemplo, o Estado exerce monopólio na compra dos serviços médicos reduzindo em muito a renda dos médicos canadenses em relação aos americanos e determinando claramente uma política de transferência de renda na sociedade. O reembolso dos médicos americanos é o dobro dos médicos canadenses e quase três vezes o dos médicos ingleses. Em contraposição, nos Estados Unidos, a determinação do sistema de tarifas dos provedores é livre, em geral negociada entre as organizações de provedores e as seguradoras em um mercado concorrencial.

Desse modo, o argumento corrente de que o elevado nível de gastos com saúde observado na economia americana, que resulta na utilização de recursos onde a razão custo-efetividade é muito alta, evidenciando ineficiência do financiamento privado de serviços de saúde, deve ser relativizado. Em primeiro lugar, é preciso se observar se a utilização demasiada de recursos reflete as preferências da sociedade ou se é derivada unicamente dos incentivos presentes nas relações de contrato. Em segundo lugar, a determinação do nível de gastos em economias onde o financiamento é majoritariamente público é condicionada por políticas macroeconômicas de acordo com a restrição orçamentária do governo o que, não-necessariamente, garante nível de bem-estar mais elevado. Em terceiro lugar, as evidências empíricas parecem sugerir que os Estados Unidos se destacam como o país gerador de tecnologia em saúde e os demais países acabam se beneficiando disso.

3 UMA BREVE CARACTERIZAÇÃO DOS SISTEMAS CANADENSE, INGLÊS E AMERICANO

3.1 O Sistema de Saúde Canadense

3.1.1 Caracterização geral

O sistema de saúde Canadense é um sistema sustentado na parceria entre o Governo Federal e os governos das províncias, sendo compreendido por dois seguros-saúde públicos:

- um seguro para serviços médicos
- um seguro para serviços hospitalares.¹²

¹² Na Constituição Federal a responsabilidade pelo sistema de saúde é das províncias.

O Governo Federal determina os princípios gerais do provimento dos serviços médicos e hospitalares que devem ser garantidos em todos os planos de seguro ofertados nas províncias, além de participar do financiamento destes programas.¹³ As províncias têm total autonomia no planejamento, gerenciamento e provimento dos serviços médicos e hospitalares. O ato que consolidou a criação e definição do sistema de saúde nacional é o *Canadian Health Act* promulgado em 1984.¹⁴ Os princípios gerais que definem o sistema nacional de saúde canadense são:

- **administração pública:** o seguro-saúde deve ser administrado por uma autoridade pública sem fins lucrativos sujeito à auditoria das transações e contabilidade financeira;
- **desenho de benefícios compreensivo:** o plano deve garantir acesso a todos os serviços médicos e hospitalares clinicamente necessários;
- **universalidade:** todos os indivíduos residentes nas províncias são elegíveis ao acesso aos serviços providos;
- **portabilidade:** todos os residentes que se movem para outra província devem continuar a ter cobertura dos serviços de saúde pela província de origem durante o período de espera para entrada no plano de seguro da nova província (este período de espera não pode exceder a 3 meses);¹⁵

13 Além destas atribuições, o governo participa diretamente do oferta de serviços garantindo o provimento dos serviços de saúde para alguns grupos sociais específicos (por ex., veteranos de guerra) e participando de alguns programas de promoção à saúde.

14 As primeiras iniciativas para a criação de um sistema nacional de seguro-saúde ocorreram em 1957 e em 1968 quando o governo promulgou, respectivamente, o *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* e o *National Medical Care Insurance Act*.

15 Para os indivíduos temporariamente ausentes de sua província de origem o acesso aos serviços médicos e hospitalares é garantido desde que a realização deste serviço seja feita mediante aprovação prévia e o reembolso será determinado pelo seguinte critério: os serviços recebidos fora da província de origem, mas dentro do Canadá, devem ser remunerados pela província de origem aos preços da outra província a menos que exista outro arranjo de pagamento entre as províncias – em geral todas as províncias têm política de reciprocidade no que se refere às tarifas dos serviços médicos e hospitalares, exceto Quebec.

- **acesso:** os planos devem prover condições e termos uniformes de acesso razoável aos serviços médicos e hospitalares sem a imposição de barreiras. É proibida a cobrança de tarifas dos usuários. Nenhum indivíduo pode ser discriminado por critérios de *status* da saúde, renda *etc.*

A participação do Governo Federal no financiamento dos programas de seguro-saúde está condicionada ao cumprimento destes princípios e ao fornecimento de informações para o Ministério da Saúde.¹⁶ A partir de 1977 a participação do Governo Federal passou a ser definida em função de valores *per capita* uniformes.¹⁷ O valor *per capita* foi calculado com base nos gastos realizados em 1975/76, sendo atualizado através de uma média móvel das três últimas taxas de crescimento do produto interno bruto. O montante total repassado à província é resultado da multiplicação deste valor pelo tamanho da população. Frequentemente, em decorrência da elevação dos gastos com saúde, o governo tem aplicado redutores no índice de atualização do valor *per capita*.¹⁸ Atualmente o montante financiado pelo Governo Federal corresponde a 25% do montante total dos gastos.¹⁹

Todo cidadão canadense tem direito a ter acesso aos serviços providos pelos seguros públicos o qual é efetivado mediante o registro dos indivíduos nos programas. Muito embora o Canadá não utilize oficialmente

16 A única penalidade efetivamente imposta ao sistema de financiamento dos programas de seguro-saúde das províncias em caso de não cumprimento destes princípios visa garantir o princípio de acessibilidade. Em caso de se apurar que a província está realizando cobrança de tarifas extras dos usuários, o Governo Federal determina uma redução mandatória do montante da contribuição equivalente ao valor de cobranças indevidas.

17 Esta redefinição do financiamento federal foi institucionalizada através dos atos: *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post – Secondary Education and Health Contribution Act*. Em 1995 esses dois atos foram substituídos pelo *Canada Health and Social Transfer* através do qual atualmente é realizada a transferência de recursos para as províncias.

18 Em 1986/87 foi criado o programa de estabilização do financiamento (*Established Programs Financing*) que determinou uma redução de dois pontos percentuais no índice de atualização a ser aplicado. Nos períodos de 1991/92 e 1994/95 o governo congelou o valor *per capita* no patamar referente ao ano de 1990/91 e em 1995/96 determinou redução do índice de atualização em três pontos percentuais, fixando os valores *per capita* em \$526.41 (dólares canadenses) para os serviços médicos e hospitalares e \$52.00 para os benefícios adicionais.

19 Em 1993, as províncias sendo responsáveis por 75% das despesas realizadas com os planos de seguro utilizavam 35% do montante total de sua arrecadação para cumprimentos desses gastos.

te o *gatekeeper* como porta de entrada dos programas, o sistema de saúde canadense se baseia prioritariamente no cuidado primário.²⁰ Os médicos generalistas realizam o cuidado primário além de determinar o encaminhamento dos pacientes para médicos especialistas, realizar prescrição de remédios e de exames laboratoriais. A escolha do médico é livre. O médico tem total autonomia para designar o tratamento que julgar conveniente. Assim como na Inglaterra, o racionamento dos serviços é definido pelo médico que seleciona os pacientes com prioridade no tratamento.

Os planos de seguro são gerenciados por uma divisão do Departamento de Saúde de cada província a qual realiza a compra dos serviços médicos e hospitalares que serão providos para os indivíduos residentes naquela província. Os serviços podem ser providos pelo setor público ou privado. O contrato de compra de serviços hospitalares é um contrato de pagamento calculado em função do custo esperado dos serviços a serem providos. Os hospitais recebem orçamento em bloco para todos os serviços realizados durante o ano.²¹ Este sistema de pagamentos gera incentivos para a sobreutilização de serviços: os hospitais têm incentivo em admitir pacientes que não necessitam de cuidado hospitalar, assim como incentivos em manter pacientes mais tempo nos hospitais. Uma forma usual de definir o orçamento é utilizar como critério o número de leitos. A elevada taxa de ocupação hospitalar no Canadá é um indicativo da sobreutilização de serviços. Todas as despesas realizadas para expansão da capacidade instalada dos hospitais ou introdução de equipamentos de alta tecnologia são centralizadas e devem ser aprovadas por autoridades regionais.

Quanto ao sistema de pagamento dos médicos, a maior parte destes auferem remuneração segundo reembolso por tarefa.²² O médico pode ser associado ou não ao plano de seguro público. Em caso do médico

20 Segundo OECD *Health Data 98*, em 1996 cerca de 46% dos médicos eram generalistas.

21 A Província de *New Foudland* apresenta um sistema de pagamento dos hospitais diferenciado das demais províncias implementando um sistema de incentivos: em caso de déficit o hospital não é reembolsado e em caso de superávit, o hospital pode reter parte deste para despesas com expansão das instalações.

22 Os médicos recebem rendimento por sistema de capitação apenas em hospitais universitários ou em centros comunitários (*Community Health Care*). Existem duas experiências com o sistema de capitação sendo implementadas no Canadá: em Ontário as *Health Service Organizations* (HSO) ofertam apenas serviços atinentes ao cuidado primário e as *Comprehensive Health Organization*. Ambas experiências são similares às HMO's americanas.

não se associar ao seguro público, a remuneração é realizada diretamente pelo paciente mas segundo os mesmos valores negociados com o Governo Federal.²³

Na maior parte das províncias é proibida a criação de seguro privado que oferte os mesmos serviços providos pelos programas de seguro públicos. A implementação de seguro privado é permitida apenas para o provimento de serviços suplementares, como prescrição de remédios, cuidado odontológico e oftalmológico, serviços de transporte (ambulância), serviços de enfermagem qualificada, entre outros. Através desta regulamentação o Estado garante o monopólio da oferta dos serviços de saúde básicos, o que configura monopólio da compra destes serviços médicos.

3.2 O sistema de saúde Inglês: *National Health Service*

O *National Health Service* foi implementado a partir de 1948 tendo sido criado em 1946 através de Ato do Parlamento Inglês. O Ato de 1946 determinou duas mudanças radicais no provimento dos serviços de saúde: a nacionalização do sistema de saúde e a universalização do acesso a todos os serviços de saúde. Os serviços de saúde passaram a ser financiados por impostos federais sendo totalmente gratuitos no ato do provimento do serviço: 82% através de impostos diretos, 13% de impostos na folha salarial e 4% de taxas impostas aos usuários.²⁴ Os médicos especialistas, enfermeiras e *staff* dos hospitais passaram a ser empregados assalariados do Estado. Aos médicos especialistas foi garantido o direito de atendimento a pacientes privados nos estabelecimentos do sistema nacional. Os serviços de apoio à comunidade, como serviço de enfermagem local, serviços de saúde na escola e serviços de medicina obstetrícia, continuaram sob a responsabilidade dos conselhos locais. Os únicos provedores que permaneceram na condição de autônomos foram os médicos generalistas (GP's) que auferiam rendimento através de um sistema

23 A determinação das tarifas por procedimento pelo Governo Federal também apresenta dificuldades de ser implementada com eficiência pois pode induzir a demanda por procedimentos mais bem remunerados sem que seja clinicamente necessária. O número de cesarianas realizado no Canadá é um indício: 551 para cada 100.000 mulheres comparado com 283 para cada 100.000 mulheres na Inglaterra. A variação do padrão de tratamento dispensado dentro do próprio Canadá é outro indício da existência de realização de cuidados inadequados.

24 A participação dos pacientes no financiamento diretos dos serviços de saúde é insignificante até hoje.

misto de capitação e reembolso por consulta.²⁵ Todo cidadão inglês tinha o direito de se associar à carteira de um médico generalista. O médico generalista era responsável pelo cuidado primário assim como por realizar todos os encaminhamentos para os médicos especialistas e prescrição de remédios.

O Sistema Nacional de Saúde permaneceu até 1989 com praticamente a mesma estrutura de gerenciamento baseada sobretudo nos conselhos regionais e autoridades distritais. As autoridades distritais exerciam dupla função no sistema: recebiam dotação orçamentária do Departamento de Saúde calculada em função dos serviços hospitalares e cuidado primário que estavam provendo para a população residente naquela área e gerenciavam o provimento destes serviços. Os conselhos regionais eram responsáveis pelo planejamento mais amplo do provimento dos serviços: número de hospitais, expansão das instalações e adoção tecnológica, especialização de serviços em alguns hospitais.

Infelizmente este sistema de saúde se mostrou insustentável. A demanda por serviços era crescente pois o sistema nacional além de determinar acesso integral e gratuito não propôs nenhum mecanismo para evitar a super-utilização de serviços médicos pelos pacientes. Do ponto de vista da oferta de serviços, o Governo Federal controlava a oferta e o reembolso dos médicos. O único mecanismo viável para frear o excesso de demanda por serviços médicos era o racionamento arbitrado pelos médicos. A expansão da medicina privada era mais um sintoma da falência do sistema. A medicina privada além de garantir um complemento ao salário dos médicos especialistas era uma forma de garantir o atendimento médico mais rápido.²⁶ Os serviços providos pela medicina privada eram sobretudo cirurgias eletivas, tratamento odontológico e oftalmológico.

A principal reforma proposta para o sistema nacional de saúde foi realizada em 1989 motivada sobretudo pela crescente demanda por serviços de saúde oriunda tanto do envelhecimento da população como de inovações tecnológicas.²⁷ As projeções de financiamento desta

25 Em 1989 os médicos generalistas auferiam cerca de 46% de sua renda total através do sistema de capitação (Rivett, 1997). Os dados sobre o percentual de pessoas coberta por seguro privado evidenciam o grau de insatisfação com o sistema público. Em 1990, este percentual alcançou a cifra de 11,5% (EURO-PEAN..., 1999).

26 2/3 dos serviços providos pelo setor privado eram realizados por médicos do Sistema Nacional de Saúde (Rivett, 1997).

27 A partir de 1997 com a vitória do Partido Trabalhista uma nova reforma vem sendo proposta, mas ainda está em fase de implementação. A reforma de 1997 não será discutida nesse trabalho.

demanda crescente não acompanhavam as restrições orçamentárias da economia inglesa. Ressalta-se também o elevado grau de insatisfação da população inglesa com o sistema nacional de saúde principalmente em decorrência das dificuldades de acesso.

A reforma de 1989 foi baseada sobretudo no reconhecimento pelo Governo Federal de falhas na relação contratual estabelecida entre o governo e os provedores as quais resultavam em perda de eficiência no provimento dos serviços médicos. A expectativa do governo era de que a expansão dos serviços poderia ser financiada através do aumento da eficiência da utilização dos recursos disponíveis no NHS.

A principal mudança proposta na reforma de 1989 foi a introdução do mercado interno no NHS caracterizado pela separação das funções de oferta e demanda de serviços de saúde. A percepção dos formuladores de política era que, ao acumular a dupla função de comprar e prover os serviços, as autoridades distritais não o faziam com eficiência. Não existia concorrência no sistema de provimento dos serviços em função dos mecanismos de transferência de recursos entre os hospitais.

Com o mercado interno, os papéis do provedor e do comprador são separados. As autoridades distritais passam a receber uma dotação de recursos, calculada de acordo com o tamanho e estrutura demográfica da população que administram, para realizarem a compra de todos os serviços médicos necessários referentes à esta população. O orçamento recebido pelas autoridades distritais passa a ser determinado em termos *per capita* ajustado pelo risco inerente à população associada. No modelo anterior a dotação dos recursos era calculada em função dos serviços que eram ofertados para determinado grupo populacional. A função das autoridades distritais passa a ser exclusivamente de compra de serviços de saúde para os indivíduos que possuem residência naquele distrito. Estas devem comprar os melhores serviços através de diversos provedores. Nesse sentido é de responsabilidade das autoridades avaliar a qualidade dos serviços ofertados assim como a performance dos provedores, criando sistemas de informação sistemática sobre os serviços de saúde. O mecanismo fundamental que permite uma alocação mais eficiente dos recursos é a possibilidade do dinheiro poder ser transferido entre as autoridades distritais dependendo de onde se verifica a compra dos serviços de saúde. Os indivíduos poderiam escolher receber um tratamento em um hospital sediado em outra localidade, pois o valor do orçamento referente àquele indivíduo seria transferido entre as autoridades regionais. Assim o mecanismo de o dinheiro seguir o paciente garantiria uma concorrência entre os provedores de serviços de saúde, já que os indivíduos poderiam trocar de provedores sempre que julgassem mais adequado.

Pelo lado da oferta de serviços, a reforma de 1989 permitiu maior autonomia administrativa aos hospitais que foram transformados em *trusts*. A autonomia representa liberdade de determinação da política salarial e política administrativa, além da possibilidade de se poder acumular capital independente de aprovação dos conselhos regionais. Os *superávits* verificados nas atividades hospitalares poderiam ser reinvestidos em melhorias ou expansão do capital. Os provedores têm autonomia para a determinação dos tipos de serviços que serão ofertados assim como das relações contratuais estabelecidas com as autoridades distritais.

A segunda grande inovação da reforma de 1989 diz respeito ao cuidado primário. O objetivo principal dos instrumentos institucionalizados com a reforma é determinar o uso mais racional dos encaminhamentos médicos designados pelo médico generalista²⁸. Em primeiro lugar era importante que o sistema de capitação representasse parcela mais significativa do reembolso dos médicos garantindo o compromisso desses médicos com a população associada. O sistema de capitação foi alterado implementando-se pagamento extra para os médicos que tivessem em sua carteira pacientes com idade superior a 75 anos, e pacientes com idade inferior a 5 anos, além da determinação de um suplemento para procedimentos específicos com novos pacientes. Até a reforma de 1989, o reembolso por capitação era calculado em função do número de pacientes que o médico atendia não sendo ajustado ao risco inerente à população.

O instrumento utilizado para racionalizar o uso dos encaminhamentos médicos foi a criação de fundos dos médicos generalistas. Grupos de médicos que possuísem uma carteira com número acima de 9000 associados poderiam operar os fundos, que se constituíam do recebimento de orçamento próprio para a compra de serviços médicos. Os médicos generalistas eram compradores informados que poderiam determinar uma alocação mais eficiente dos recursos. O valor dos fundos era calculado em função dos gastos históricos realizados com a população associada. Os médicos generalistas poderiam comprar os serviços tanto dos hospitais públicos como do setor privado. Os *superávits* realizados com a administração destes fundos poderia ser revertido em melhorias das condições de trabalho deste grupo, sendo proibida a reversão em rendimento direto para os médicos generalistas. Os *déficits* acima de 5% seriam deduzidos em receitas futuras. Os serviços cobertos pelo fundo incluíam além do cuidado primário, cirurgias eletivas, patologias, serviços de enfermagem comunitária, cuidado com pacientes não hospitalizados e

28 O conceito de encaminhamentos médicos inclui tanto encaminhamentos para médicos especialistas como prescrição de remédios e realização de exames e testes de laboratório.

um número limitado de serviços hospitalares. Os contratos estabelecidos com os hospitais poderiam ser de três tipos: contratos em blocos, contratos em volume e caso ou contratos por caso. Nos contratos em bloco o hospital recebe uma dotação financeira para prestar determinados serviços a uma população específica, no contrato de volume e custo, os hospitais recebem uma dotação para realizar determinado número de tratamentos de um custo específico e o contrato por caso são contratos individuais. Além da criação dos fundos a reforma definiu algumas diretrizes do cuidado primário, onde ressaltam-se: maior ênfase ao cuidado preventivo e *target setting* (fixação de níveis meta de mortalidade e morbidade para os distritos).²⁹

Muito embora a reforma de 1989 tenha apontado com nitidez diversos problemas presentes nos contratos estabelecidos entre os compradores e provedores, a separação comprador/provedor acabou não sendo eficaz para garantir a existência de concorrência entre os provedores de serviços. A inexistência de concorrência foi resultado de vários elementos que acabaram determinando uma estrutura de contratos em bloco ao invés de contratos individuais. Por um lado, em grande parte do país a possibilidade de escolha entre provedores era inexistente, por outro, a falta de *expertise* para avaliar o produto ofertado aliada à assimetria de informações entre compradores e provedores determinaram o estabelecimento de contratos em bloco e de longo prazo com os provedores³⁰. Como resultado, o mecanismo de o “dinheiro seguir o paciente” não foi operacionalizado. As autoridades distritais acabaram negociando níveis de atividade com os hospitais e os incentivos para se elevar o volume de serviços a partir de determinado nível de atividade eram inexistentes. Como consequência, o mesmo quadro de ineficiência se desenhava. Alguns autores argumentam que o novo sistema determinou também a elevação dos custos administrativos.

No que concerne ao cuidado primário a criação dos fundos associados aos médicos generalistas foi bem sucedida se considerarmos o número de médicos que se associou ao sistema. Os resultados da adoção dos fundos como mecanismo para garantir o uso mais eficiente dos serviços não são suficientemente comprovados. Como a operação de fundos envolve um grupo pequeno de pacientes, é difícil detectar se o menor uso de serviços é decorrência de seleção mais favorável dos casos ou se trata-se de uso mais racional dos recursos. O critério de determina-

29 Foram criados incentivos através de sistema de pagamentos adicionais associados a resultados de imunização, vacinação e *screening*.

30 Contratos em bloco são contratos para um grupo de pacientes, ao invés de negociar cada caso individualmente.

ção do orçamento dos fundos em função dos gastos históricos do médico generalista parece não ter sido o mais adequado. Existe evidência empírica de que alguns médicos elevaram o gasto com prescrições e serviços auxiliares antes de se filiarem aos fundos.

A reforma de 1989 teve como principal eixo expandir o volume dos serviços médicos providos elevando a eficiência na utilização dos recursos a qual seria alcançada introduzindo sobretudo maior grau de concorrência e uso mais racional da intermediação do *gatekeeper*. Os grandes dilemas do sistema não foram solucionados com a reforma. O racionamento continua funcionando como o mecanismo de alocação dos recursos e de contenção de demanda³¹. Os ganhos obtidos não foram suficientes para garantir sustentabilidade no provimento desses serviços no longo prazo. Com a reforma proposta pelo Partido Trabalhista os fundos de médicos generalistas foram abolidos criando-se a partir de 1999 os grupos de médicos generalistas que irão atender a determinada população em uma região geográfica.

3.3 O caso americano: considerações sobre a estrutura de incentivos vigente nos sistemas de reembolso

O desenho institucional do sistema americano é bastante diferenciado dos sistemas canadense e inglês.³² Enquanto que nesses dois países o Estado é responsável pelo financiamento dos serviços de atenção à saúde para toda a população, na economia americana o financiamento desses serviços para a população economicamente ativa é realizado de forma privada. A participação do Estado no financiamento desses serviços se restringe principalmente a garantir o acesso a esses serviços à população idosa e indivíduos de baixa renda ou inabilitados ao trabalho e a garantir o financiamento de parte da pesquisa em saúde. Basicamente, o

31 Newton, Henderson e Goldase mostram que existe uma relação inversa entre a taxa de admissão e o tamanho da lista. O trabalho examina listas de espera de 1987/94 para determinar como o tamanho da lista e o tempo de espera se alteram em relação a mudanças no número de admissões da lista. Os principais resultados mostram que mudanças trimestrais no número de admissões da lista e no número de adições são fortemente correlacionados; existe uma correlação inversa entre mudanças no tamanho da lista e mudanças nas admissões depois de controlar pela primeira relação; o estudo nacional mostrou que aumentar o número de admissões tende a melhorar o tempo de espera mas não o tamanho da lista.

32 Em Andrade & Lisboa (1999) fazemos uma descrição detalhada do sistema americano. Neste artigo nos ateremos a alguns pontos específicos que interessam na comparação com os sistemas canadense e inglês.

financiamento desses serviços para a população economicamente ativa se dá através do mercado de seguros privados: cerca de 70% da população americana tem algum tipo de seguro privado.³³

Até meados dos anos 80, a forma hegemônica de contrato de seguros era o modelo tradicional caracterizado principalmente pela prática do reembolso por serviços prestados. Neste tipo de contrato, os indivíduos são taxados conforme os gastos esperados e têm livre escolha dos provedores e tratamento a ser ministrado. Esse sistema determinou a elevação dos gastos com saúde na economia americana principalmente em decorrência tanto da inexistência de incentivos que determinassem o uso mais racional de serviços de saúde pelos provedores, como também da inexistência de concorrência entre diversos tipos de planos de seguro. O único contrato ofertado garantia o acesso a um elenco de benefícios amplo sem nenhuma restrição sobre o conjunto de provedores. Além disso, o sistema tradicional considerava apenas os incentivos à sobreutilização de serviços pelo lado da demanda implementando unicamente a divisão de custos com os pacientes através da utilização de instrumentos como os co-pagamentos, co-seguros e franquias. Do ponto de vista dos provedores, permitia-se a escolha livre do tratamento a ser utilizado, assim como não apresentava qualquer controle ao volume de recursos utilizados para a determinação dos diagnósticos.

A partir dos anos 80, os contratos de seguros passaram também a ser ofertados segundo o novo sistema de gerenciamento dos serviços de saúde denominado de *Managed Care*.³⁴ O *Managed Care* busca implementar a concorrência entre os planos de seguro – permitindo flexibilidade nos contratos e maior oferta do desenho de benefícios –, e determina o gerenciamento dos serviços médicos e hospitalares. O gerenciamento dos serviços procura solucionar o problema de risco moral presente na relação provedor-seguradora. O *Managed Care* introduz basicamente duas inovações na relação entre os provedores e a segurado-

33 A maior parte dos indivíduos possui plano de seguro saúde através da relação de emprego, mas existe um percentual de indivíduos que se associa individualmente.

34 Em 1973 foi estabelecido o *HMO Act – Health Maintenance Organization*, no qual o Governo Federal institucionalizou o apoio ao *Managed Care*. Pontos principais deste ato: 1) estabelece a possibilidade de concessão e empréstimo para a criação de novas organizações *HMO* e para a expansão das já existentes; 2) estabelece que as leis estaduais restritivas ao desenvolvimento das *HMO*'s seriam desconsideradas para as organizações com certificado federal. Estabelece a provisão de escolha dual: os empregadores com 25 ou mais empregados que ofereciam seguro-saúde segundo o sistema de reembolso deveriam também oferecer duas opções de contrato junto à *HMO*: *staff model* ou *open panel (IPA)*.

ra: por um lado, introduz a figura do médico generalista que se constitui na porta de entrada do sistema garantindo a racionalização do uso dos serviços médicos e, por outro lado, introduz a divisão do risco com os provedores através da implementação do sistema de reembolso por capitação acompanhado da criação dos fundos para pagamento dos serviços especializados.

A introdução do médico generalista não é uma inovação do sistema americano, mas sim do sistema inglês que já utilizava o médico generalista desde os anos 50 como porta de entrada do sistema de saúde. Muito embora o sistema canadense e o sistema inglês se baseiem prioritariamente no cuidado primário, o que distingue o sistema americano dos demais são os incentivos estabelecidos no sistema de reembolso desses médicos. Em geral, o sistema de reembolso dos médicos americanos é o sistema de reembolso por capitação. Neste sistema os médicos recebem um valor calculado em função do número de pacientes que atendem, sendo a tarifa *per capita* calculada de acordo com o risco da carteira de cada médico. O valor *per capita* é recebido independentemente do volume de serviços prestado pelo médico a cada indivíduo. Desse modo, o médico generalista participa do risco do financiamento dos gastos com saúde. A divisão do risco, presente no sistema de reembolso dos *primary care physicians* (PCP's) determina o uso mais racional dos serviços especializados que, em geral, constituem parcela dispendiosa dos gastos em saúde, e garantem uma relação intertemporal entre os PCP's e a carteira de associados que este administra. Para o PCP é interessante garantir a saúde dos indivíduos com tratamento preventivo, uma vez que isto representa redução nos gastos esperados futuros. Os médicos tanto têm interesse em manter o paciente em sua carteira de associados, pois o rendimento é auferido em termos *per capita*, como também em garantir que este esteja saudável.

No Canadá, o sistema de pagamento que prevalece ainda é o sistema de reembolso por tarefa, onde o médico auferir rendimento segundo o volume de procedimentos realizados. Este sistema, similar ao estabelecido nos contratos do modelo tradicional nos Estados Unidos, determina a sobre-utilização de serviços pelos provedores que podem determinar o rendimento auferido se realizarem o maior volume de procedimentos. A compensação do volume de serviços no Canadá é realizada através da fixação das tarifas médicas pelo Estado, que tem o monopólio da compra de serviços médicos. Na maior parte das províncias canadenses é proibida a criação de seguro privado que ofereça os mesmos serviços providos pelos programas de seguro públicos. A renda média anual auferida por um médico americano em 1990 era de \$164000 em unidades de poder de compra, enquanto que no Canadá era de \$89923,

isto é, verifica-se um diferencial de rendimentos de 82% entre os dois países (Apêndice, Tabela 13).

O caso inglês, por outro lado, tentou, com a reforma de 1989, implementar o sistema de incentivos para a racionalização dos serviços médicos com a criação dos fundos dos médicos generalistas, que seriam equivalentes aos fundos existentes nas *HMO's* americanas. Entretanto, a transição do sistema de pagamento por capitação simples, onde os médicos recebiam um valor fixo para cada paciente, para o sistema de capitação associado à implementação de incentivos não foi bem sucedida. Como o valor *per capita* foi calculado em função dos gastos históricos, os médicos generalistas se anteciparam e determinaram a elevação dos gastos. Por outro lado, em várias regiões, como a densidade demográfica é baixa, a associação de médicos generalistas não foi possível, inviabilizando a criação dos fundos para serviços especializados. Atualmente, com a extinção dos fundos, todo médico generalista tem que se filiar a um grupo de médicos. Segundo os autores da nova proposta, o sistema de fundos resultou em elevação dos custos administrativos para os médicos generalistas. No novo sistema, os grupos de médicos atendem a uma população maior e determinada por critérios geográficos.

O sistema de pagamento dos serviços hospitalares também evidencia a inexistência de incentivos que garantam a racionalização desses serviços nos sistemas canadense e inglês, em contraposição ao sistema americano. Nos Estados Unidos, o pagamento dos hospitais é realizado de acordo com o diagnóstico da doença realizado no ato da internação (*DRG – Diagnostic Related Group*). Para cada categoria de doença existe uma cobertura de serviços. A seguradora tem um contrato de prestação de serviços em caso de internação, mas não são realizados quaisquer pagamentos antecipadamente em função de serviços futuros.

No caso canadense o sistema de reembolso dos hospitais é calculado em função do custo esperado dos serviços a serem providos. Os hospitais recebem orçamento em bloco para os serviços que serão providos durante o ano para determinada população atendida por aquele hospital. Assim, se um hospital atende uma determinada população, este receberá uma dotação orçamentária, em geral no início do ano, calculada em função dos gastos esperados. Na maior parte das vezes, essa dotação orçamentária é calculada apenas em função de valores *per capita*, não sendo ajustada ao risco da população, mas pelo contrário, é ajustada à oferta de serviços que os hospitais podem prestar dependendo das instalações, equipamentos e pessoal existentes. Este sistema de pagamento dos hospitais cria incentivos à super-utilização dos serviços hospitalares. Como o orçamento é aprovado anteriormente à realização dos serviços, os provedores podem ofertá-los de forma a esgotar o orçamento proposto. Existem vários

indicadores que sugerem a sobre-utilização de serviços hospitalares no Canadá:

- enquanto que nos Estados Unidos, em 1995, a média de dias de internação para pacientes hospitalizados era de 8,0 dias, para o Canadá era de 12,2 dias;
- enquanto que em 1993 a taxa de ocupação dos leitos hospitalares era de 84,2% no Canadá, nos Estados Unidos esta cifra era de 67,6%;
- o número de leitos por 1000 habitantes em 1996 no Canadá era de 5,1 e nos Estados Unidos era de 4,2;
- o número de episódios agudos por leito nos Estados Unidos em 1993 era de 33 e no Canadá de 23,9 (Apêndice, Tabelas 14-16).

Na Inglaterra, com a reforma proposta em 1989, se tentou implementar um sistema de compra de serviços que garantisse a maior qualidade dos serviços providos e uso mais racional dos recursos. Entretanto, na prática o sistema de pagamento em bloco continuou prevalecendo.³⁵

A introdução das práticas de gerenciamento e racionalização dos recursos implementadas pelo *Managed Care* determinaram a redução dos gastos privados na economia americana. Entre 1991 e 1996, quando ocorre a maior disseminação dos planos de seguro ofertados pelo *Managed Care*, os gastos *per capita* privados se elevaram em 4% ao ano, o que representa praticamente a taxa de crescimento do produto interno bruto. A redução dos gastos foi traduzida também em redução da taxa de crescimento dos prêmios de seguro que durante os anos 90 sempre se situou abaixo da taxa de crescimento dos prêmios de seguro dos planos tradicionais.³⁶ Em regiões com maior disseminação dos planos ofertados pelo *Managed Care*, os valores dos prêmios de todos os planos se reduziu.

Alguns autores argumentam entretanto, que a redução dos gastos alcançada com a introdução do *Managed Care* é um fenômeno de curto prazo, associado, por exemplo, à redução de rendimentos extras

35 A grande dificuldade em analisar o sistema inglês reside no acesso a informações sobre os gastos em saúde. Na base de dados da OECD Health Data 98, largamente utilizada na literatura, todas as informações calculadas em termos da participação do PIB ou *per capita* estão subestimadas porque incluem apenas os gastos da Inglaterra e do País de Gales.

36 Todas as informações sobre dispêndio na economia americana citadas estão apresentadas em Andrade & Lisboa (1999).

auferidos pelos provedores alcançados principalmente em decorrência dos problemas de risco moral (Cutler, 1996). Segundo Cutler o elevado nível de dispêndio agregado realizado na economia americana resulta da utilização intensiva de tecnologia, sancionada pela generalização do sistema de seguros.³⁷ A disseminação do sistema de financiamento dos serviços de saúde através do setor de seguros, aliada à natureza dos bens e serviços de saúde, acabam determinando uma garantia de utilização dos equipamentos de tecnologia sofisticada, criando os incentivos para a super-utilização destes equipamentos. O autor argumenta que o valor marginal da utilização de tecnologia entre a população segurada é extremamente reduzido.³⁸ Nesse sentido, segundo Cutler, essa super-utilização de tecnologia geraria perdas de bem-estar para os consumidores.

A endogenia presente no processo de geração da tecnologia é resultante sobretudo da forma de financiamento dos serviços de saúde. Nos países onde o financiamento é público, o controle orçamentário é rígido, em geral determinado por decisões macroeconômicas que desconsideram, do ponto de vista microeconômico, a necessidade de introdução de novas tecnologias. Desse modo, nesses países, o sistema de difusão tecnológica é bastante centralizado. A centralização do processo de difusão tecnológica nesses dois países determinou um ritmo bem mais lento de adoção e uso de novos equipamentos. Obviamente, que essa adoção mais lenta tem efeitos sobre o setor de pesquisa e desenvolvimento em saúde nesses países, que incorpora as restrições do governo na decisão de investimento em novas pesquisas. No caso do Canadá, especificamente, os Estados Unidos suprem, de certa forma, a necessidade de uso mais intensivo em capital uma vez que quando justificado, o próprio governo canadense financia o tratamento em hospitais americanos. Tanto no

37 O autor considera todos os elementos usualmente citados como determinantes do elevado dispêndio observado na economia americana: mudança demográfica com envelhecimento da população; aumento do nível de renda; melhor oferta de seguros; baixa produtividade do setor saúde, onde os serviços são intensivos em trabalho; custos administrativos e rendas econômicas auferidas pelos provedores. Segundo o autor, estas seis causas juntas explicariam 50% do crescimento dos gastos americanos.

38 Para argumentar que o valor marginal da utilização de tecnologia é baixo, Cutler utiliza as evidências encontradas em alguns trabalhos, onde o uso de procedimentos adicionais não altera os resultados de saúde. O principal trabalho a que o autor se refere é desenvolvido pelo Rand Health Insurance. A utilização dos benefícios alcançados utilizando, por exemplo, o tempo de sobrevivência dos pacientes é entretanto uma medida frágil. A dificuldade de se construir índices de qualidade da saúde que considerem tanto o tempo de vida do paciente como a qualidade da vida após receber determinado tratamento, torna este tipo de análise bastante frágil.

Canadá como na Inglaterra o número de equipamentos *per capita* é significativamente inferior ao da economia americana (Apêndice, Tabela 11). O uso mais restrito do capital nestes dois países é sustentado através do sistema de racionamento da utilização desses serviços. Nestes países, o tempo de espera para realização de tratamentos mais sofisticados é bastante elevado.³⁹ Nesse sentido, a despeito do nível de gastos mais elevado na economia americana, pode-se argumentar que a política de racionamento gera perdas de bem-estar para os indivíduos. O fato da sociedade americana estar optando por planos de seguro com um desenho de benefícios amplo na utilização de equipamentos de alta tecnologia sugere que a perda de bem-estar decorrente da superutilização de tecnologia pode estar sendo superestimada por alguns autores. É preciso garantir à população um desenho variado de planos de seguro, aliado a um sistema de informação que permitam a revelação das preferências dos consumidores.

Sobre a redução de gastos alcançada com o *Managed Care*, alguns pontos importantes ainda devem ser salientados. Em primeiro lugar, a experiência com o *Managed Care* ainda não é suficiente para permitir inferir que os ganhos com a racionalização e flexibilização dos contratos só ocorreriam no curto prazo. Existem vários setores da sociedade americana onde a população beneficiária do *Managed Care* ainda é relativamente baixa, sobretudo nos programas públicos, que respondem por elevada fatia do gasto em saúde. Mesmo que a população segurada hoje, em sua maioria, seja beneficiária dos planos ofertados pelo *Managed Care*, ainda existem ganhos a serem alcançados. Ademais, a população beneficiária ainda está em processo de aprendizado sobre os benefícios ofertados pelos diversos tipos de planos. Em segundo lugar, o sistema de incentivos proposto com a divisão de risco entre provedores e seguradora pode contemplar também o processo de difusão tecnológica. O fundamental nos contratos dos provedores com a seguradora, que difere o *Managed Care* do seguro tradicional, é que os provedores passam a escolher o tratamento levando em consideração a restrição orçamentária dos consumidores (Lisboa & Moreira, 2000). Em princípio é de se esperar que os provedores passem também a utilizar tratamentos intensivos em capital considerando o benefício marginal para o paciente em utilizar estes equipamentos. Nesse sentido, os provedores podem passar também a ser menos generosos na utilização desses serviços. Como a dinâmica de geração e difusão de tecnologia não é de curto prazo, avaliar que a estrutura de incentivos do *Managed Care* não é capaz de reduzir a

39 Por exemplo, o número de pessoas na fila que esperaram até 12 meses para conseguir uma admissão hospitalar em 1997 na Inglaterra foi de 1.127.000 pessoas.

superutilização de tecnologia nos parece ainda prematuro. Em terceiro lugar, a flexibilização dos planos de seguro na economia americana pode permitir a introdução de planos cujo desenho de benefícios seja mais restrito no uso de tecnologia, e se o benefício marginal para os indivíduos for realmente baixo, observaremos no médio prazo a migração dos beneficiários para estes tipos de planos. Este terceiro ponto reforça o anterior. Nesse sentido a garantia da possibilidade de escolha entre diversos tipos de planos é fundamental para garantir um *matching* mais ajustado entre consumidores e ofertantes e determinar a redução dos gastos no longo prazo. Um dos problemas que dificultam o controle do nível ótimo de tecnologia, decorre também do financiamento público do *Medicare*. Como o *Medicare* é financiado pelo governo, e os ganhos de tecnologia ocorrem em grande parte para tratamentos de doenças crônicas que têm frequência elevada na população idosa, muitas vezes o Estado acaba obrigado a sancionar o financiamento desses bens, o que gera incentivos perversos no setor de pesquisa e desenvolvimento. Certamente, com a maior cobertura dos beneficiários do *Medicare* e *Medicaid*, através dos planos ofertados pelo *Managed Care*, estes incentivos também estarão reduzidos.

4 FINANCIAMENTO PÚBLICO OU PRIVADO? OS PROBLEMAS DE RISCO MORAL E SELEÇÃO ADVERSA

4.1 Problemas de Risco Moral

Nesta seção, à luz da descrição dos sistemas de saúde realizada na seção anterior, faremos uma discussão sobre dois problemas centrais no mercado de provimento de bens e serviços de saúde:

- os problemas de risco moral;
- seleção adversa.⁴⁰

O problema de risco moral pode ocorrer em três situações de contrato existentes no mercado de bens e serviços de saúde: na relação entre os consumidores e os provedores, na relação entre os provedores e a seguradora, no caso do financiamento privado, ou entre os provedores e o governo, no caso de financiamento público, e, por último, na relação entre o setor de pesquisa e desenvolvimento e o órgão financiador desses serviços. Os dois primeiros casos independem da estrutura de financiamento dos sistemas de seguros. Existem em qualquer sistema de saúde, independentemente deste ser financiado pública ou privadamente. O

⁴⁰ Em publicação recente do Banco Mundial vários autores discutem vantagens e desvantagens do financiamento público ou privado (Chollet & Lewis, 1997).

último caso parece estar mais associado ao financiamento privado. Vejamos cada uma dessas situações.

Na relação de contrato entre consumidores e provedores existe um problema de risco moral porque os agentes, na presença de seguro pleno, têm incentivos a sobre-utilizar os serviços de saúde, uma vez que o custo marginal do serviço demandado é zero. Os indivíduos não possuem incentivos para racionalizar a escolha e uso de provedores, determinando excesso de utilização dos serviços médicos. A seguradora, por sua vez, incorpora este comportamento dos indivíduos ao realizar o cálculo dos gastos esperados elevando o valor dos prêmios de risco. No caso do financiamento público o problema é similar uma vez que, em geral, os indivíduos têm acesso gratuito no ato do provimento do serviço. Mesmo que o governo realize o provimento direto dos bens e serviços de saúde através, por exemplo, de hospitais públicos, os incentivos à sobreutilização dos serviços médicos permanece porque os indivíduos não têm consciência dos custos envolvidos no provimento do serviço.

No caso de financiamento privado, através de seguradoras, este problema é contornado com a implementação de instrumentos de divisão de custos com os consumidores. Os instrumentos usuais são os co-pagamentos, cosseguros e franquias. Os co-pagamentos e cosseguros constituem em um valor específico ou fração da tarifa cobrada pelo serviço prestado, respectivamente, cujo pagamento é de responsabilidade dos segurados e geralmente realizado no ato do provimento do serviço. A franquia é um limite inferior de dispêndio até o qual o indivíduo é responsável por 100% do pagamento dos provedores. Se o valor do dispêndio anual, exceder o valor da franquia, o seguro passa a dar cobertura plena ou parcial.⁴¹ Os três instrumentos têm objetivo de racionalizar o uso dos serviços médicos impondo sobre o consumidor um custo marginal. Os efeitos da imposição desses instrumentos sobre a demanda por serviços médicos já foram empiricamente testados. Os resultados encontrados mostram que a demanda por serviços médicos é elástica em relação aos preços e que o *status* da saúde do indivíduo médio não se altera em decorrência da redução dos procedimentos médicos. A redução de procedimentos, entretanto, afeta os indivíduos de alto risco de forma diferenciada, particularmente os indivíduos mais pobres. (Newhouse *et al.*, 1996). No caso americano, tanto no sistema de seguro tradicional como no *Managed Care*, estes instrumentos são utilizados. Nos casos de financiamento público, seja através de seguro público, como é o caso

41 A cobertura parcial diz respeito ao contrato de seguro, no qual mesmo excedido o limite da franquia, o consumidor continua sendo responsável por uma parcela do pagamento, através dos cosseguros ou co-pagamentos.

canadense, ou provimento direto, como é o caso inglês, em geral estes instrumentos não são utilizados. A introdução de divisão de custos choca com o princípio de acessibilidade/universalidade dos programas públicos. Como os indivíduos mais pobres são os que têm o *status* da saúde reduzido em decorrência da diminuição dos cuidados médicos, a implementação desses instrumentos tem impactos diferenciados sobre a população. A implementação de sistemas de divisão de custos condicionados a níveis de renda é uma solução para este problema. A não implementação de divisão de custos nos sistemas públicos gera uma demanda excessiva de serviços de saúde, que pode ou não ser sancionada pelo Governo Federal dependendo do orçamento definido para a saúde.⁴²

Na relação de contratos entre os provedores e a fonte financiadora, que pode ser a seguradora, se o financiamento for privado, ou o governo, se o financiamento for público, o problema de risco moral decorre da indução de demanda por serviços médicos gerada pelos provedores. Usualmente, os provedores não arcam com qualquer parcela do risco da atividade médica e auferem o seu rendimento dependendo do volume de procedimentos realizado. Este sistema de reembolso gera incentivos para os médicos determinarem maior nível de demanda. Como os pacientes não têm informação suficiente para julgar se o procedimento determinado é necessário, o provedor tem livre arbítrio para determinar a necessidade de qualquer procedimento de diagnóstico e tratamento. O médico tem incentivos a determinar o maior volume de serviços, pois deste modo terá sua renda elevada. Além do rendimento direto, o uso excessivo de serviços pode ser também ocasionado pela medicina defensiva, por exemplo (MacClelan & Kessler, 1996). Como vimos anteriormente, uma das inovações proposta nos contratos do *Managed Care* é a participação dos provedores na divisão do risco da atividade médica.⁴³ Desse modo, estes incorporam a restrição orçamentária do consumidor na sua decisão de realizar determinado tratamento. Como os bens e serviços providos por estes profissionais estão relacionados à possibilidade e qualidade de vida dos indivíduos, na ausência de restrição orçamentária, o melhor para os indivíduos é sempre receber o melhor atendimento possível e, portanto, realizar todos os procedimentos médicos disponíveis. Entretanto, o uso desses serviços

42 O percentual de redução de gastos decorrente da implementação de divisão de custos depende do grau de responsabilidade que é colocada sobre o consumidor, mas pode chegar até a 40% (Newhouse, 1996). A divisão em torno de 5 a 20% é usualmente utilizada.

43 O *Managed Care* propõe vários outros instrumentos de gerenciamento da utilização dos serviços, controle da qualidade dos serviços, controle do risco da carteira de associados de cada médico que são introduzidas conjuntamente com a divisão de risco com os provedores.

é dispendioso, sendo portanto necessário que o médico considere o custo de realizar o serviço na decisão de determinar os encaminhamentos médicos necessários. Estes argumentos são válidos para a relação de contrato com qualquer provedor dos serviços médicos.

No sistema canadense, o sistema de reembolso proposto para os médicos, reembolso por tarefa, não apresenta qualquer incentivo para que o provedor reduza o volume de procedimentos realizados. Ademais, como o estado exerce monopólio sobre a compra de serviços médicos, determinando tarifas extremamente baixas, os médicos têm que compensar a reduzida tarifa elevando a quantidade de procedimentos. Os indicadores já foram apresentados na seção anterior. No caso inglês, a experiência de criação dos fundos dos médicos generalistas constituiu em uma tentativa de se implementar um sistema de reembolso com incentivos. Os resultados foram favoráveis, quando se considera o número de médicos que aderiu à criação desses fundos. Alguns autores sugerem também que houve ganhos de qualidade dos serviços providos, entretanto o tempo de gestão desses fundos não foi suficiente para permitir uma avaliação definitiva. A divisão de risco entre o agente financiador dos serviços de saúde e os provedores não apresenta nenhuma incompatibilidade com os princípios gerais dos sistemas públicos. Em geral, os defensores desses sistemas apontam os custos administrativos como uma barreira para a implementação desses contratos.⁴⁴ Duas ressalvas devem ser feitas a este argumento. Em primeiro lugar, os custos administrativos nos sistemas públicos, provavelmente estão subestimados, pois não só o sistema de contabilidade é muito menos rigoroso, como também é realizado conjuntamente ao sistema tributário geral impedindo uma contabilização específica dos custos envolvidos com o setor saúde. Em segundo lugar, é preciso considerar se esta superutilização de serviços não excede os custos administrativos necessários para o gerenciamento dos serviços. Ademais, como o sistema de racionamento é totalmente arbitrado pelos médicos, não há nenhuma garantia de eficiência alocativa. Pode existir um paciente na fila de espera cujo benefício marginal com o procedimento médico é superior ao paciente que está em tratamento e vai receber um procedimento adicional.

O último caso de problema de risco moral depende da forma de financiamento do sistema de saúde. Alguns autores argumentam que o sistema de financiamento dos serviços médicos através de seguros

44 Outro argumento contra o *Managed Care* diz respeito ao sistema de um único pagador. Para estes autores o sistema concorrencial gera custos administrativos elevados. A evidência empírica da concorrência estratégica nos Estados Unidos, entretanto não corrobora este argumento.

endogeniza a geração de tecnologia em saúde, na medida em que sanciona a utilização dos resultados da pesquisa garantindo o retorno do investimento. No caso do financiamento público, a tecnologia é exógena ao sistema de saúde e determina mudanças no desenho de benefícios provido ao longo do tempo. Como o orçamento destinado à compra de serviços médicos é determinado por políticas macroeconômicas, não existe nenhuma garantia de que uma inovação tecnológica seria incorporada nos benefícios providos pelo estado. Pelo contrário, o que a evidência empírica mostra é que, tanto o Canadá, como a Inglaterra, são sistemas muito mais lentos na incorporação de procedimentos com uso de equipamento sofisticado. Desse modo, o sistema de financiamento gera um problema de risco moral dinâmico. A forma de financiamento presente gera os incentivos para a geração de tecnologia que será implementada amanhã. Como discutido anteriormente, parece ser consenso entre os teóricos de economia da saúde que o uso intensivo de tecnologia na economia americana gera nível de gastos exacerbado quando comparado aos demais países. O que parece ainda não estar muito claro, é se realmente este uso exacerbado gera perdas de bem-estar para a população.⁴⁵

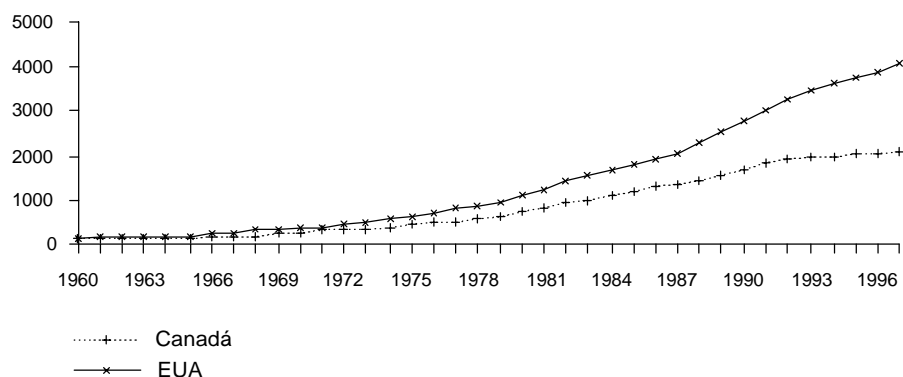
A despeito da forma de financiamento do sistema de saúde, os problemas de risco moral envolvidos nas relações de contrato entre consumidores e provedores e entre provedores e agente financiador existem em qualquer sistema de saúde. A evidência empírica parece sugerir que os sistemas com financiamento público têm mais dificuldade em implementar os incentivos nas relações de contrato entre os agentes desse mercado. Quanto ao problema de risco moral na geração de tecnologia, a evidência sugere também que os demais países são *free riders* na geração de tecnologia em saúde.

A evolução dos gastos em saúde *per capita* nas economias americana e canadense evidencia os argumentos propostos neste trabalho. Até 1976/77, o comportamento do nível de gastos *per capita* nos dois países era bastante semelhante (Gráfico 1). O ano de 1977 marca a implementação no Canadá do sistema de financiamento federal calculado em termos *per capita*. Até esta data, o Governo Federal financiava 50% dos gastos com programas de saúde públicos. O montante financiado não era calculado em função dos custos esperados. Com a nova forma de determinação do orçamento federal, impõe-se uma restrição na oferta de serviços providos.

45 As pesquisas que existem nesse campo não são de forma alguma conclusivas. No trabalho de Baily & Garber (1997), por exemplo, os Estados Unidos são mais eficientes que a Inglaterra no tratamento de câncer de pulmão e pedra nos rins, exatamente pelo uso mais intensivo de capital.

Gráfico 1

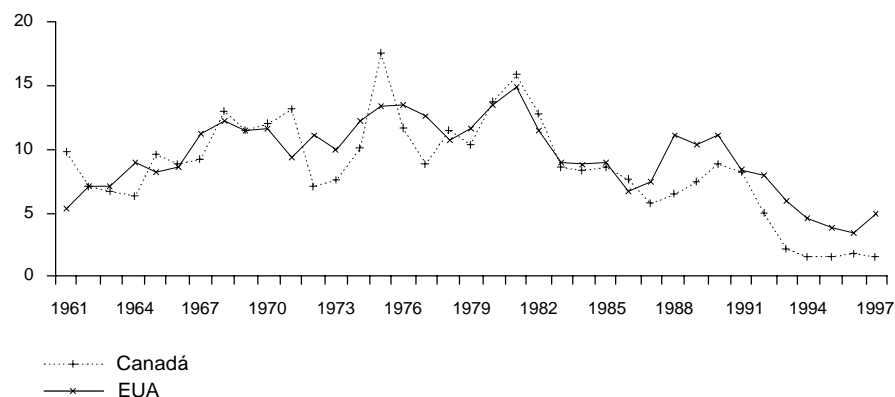
**EVOLUÇÃO DOS GASTOS TOTAIS *PER CAPITA* EM SAÚDE
(VALORES EM PPP)**



O Gráfico 2 mostra a evolução da taxa de crescimento dos gastos *per capita*. No período de 1991/96, que corresponde ao período de maior difusão do *Managed Care*, o comportamento da taxa de crescimento nos dois países é bastante similar. Entretanto, cabe ressaltar que a desaceleração dos gastos com saúde na economia canadense foi alcançada através da imposição da restrição orçamentária do governo, uma vez que a partir de 1990 o orçamento federal foi congelado. Nos Estados Unidos, essa desaceleração foi resultante das novas relações de contrato entre os provedores e as seguradoras.

Gráfico 2

TAXA DE CRESCIMENTO DOS GASTOS *PER CAPITA* EM SAÚDE



4.2 O problema de Seleção Adversa

A segunda particularidade do mercado de bens e serviços de saúde concerne o problema de seleção adversa. Usualmente, as seguradoras calculam os prêmios de risco segundo os gastos esperados de cada indivíduo. Este sistema de tarifação, denominado *experience rating*, tem como consequência que indivíduos de maior grau de risco paguem prêmios de risco mais elevados, gerando portanto efeitos perversos sobre a distribuição de renda do país e, em alguns casos, determinando a exclusão de grupos sociais do mercado de serviços de saúde. Alguns governos, na tentativa de proteger estes grupos sociais excluídos do mercado privado, regulamentam o provimento de bens e serviços de saúde, determinando a impossibilidade de discriminação entre os indivíduos. É a impossibilidade de discriminar os indivíduos segundo o grau de risco que determina a seleção adversa de consumidores.⁴⁶ Se a seguradora é obrigada a cobrar uma tarifa única para todos os indivíduos (*community rating*), ao cobrar o prêmio de risco médio, somente os indivíduos com risco maior que o risco médio da sociedade irão comprar o plano de seguro, configurando portanto o problema de seleção adversa de consumidores. A tentativa de proteger alguns grupos sociais através de mecanismos regulatórios, que impedem a tarifação segundo risco, pode determinar, em alguns casos, perdas de bem-estar até maiores do que se o governo deixasse as seguradoras discriminarem perfeitamente. Para segmentar o mercado, as seguradoras ofertam contratos de forma que os próprios indivíduos, ao escolherem os contratos de seguro que irão comprar revelem o seu tipo. Entretanto, para garantir essa segmentação aqueles indivíduos com risco mais baixo e, portanto, que pagariam prêmios menores, não podem desfrutar de cobertura plena, caso contrário os indivíduos de maior risco na economia prefeririam comprar o contrato de seguro desenhado para os tipos de risco menor. Para proteger determinados grupos na sociedade, é mais eficiente o Estado realizar a transferência direta de recursos, isto é, taxar os indivíduos de menor risco e transferir para os indivíduos de risco mais elevado.⁴⁷

46 Recorrentemente encontra-se na literatura o argumento de que a seleção adversa de consumidores decorreria de assimetria de informações entre pacientes e seguradoras. Neste caso, os pacientes mais informados sobre seu verdadeiro estado de saúde só demandariam planos de seguro quando realmente fossem utilizá-los. Somente os indivíduos de alto risco comprariam planos de seguro, configurando, portanto, seleção adversa de consumidores. Entretanto, atualmente, quando o indivíduo compra plano de seguros, a seguradora requer, para estabelecer o contrato, uma série de informações sobre os hábitos de vida e consumo dos indivíduos, o que a permite mapear o risco dos indivíduos não justificando, portanto, a seleção adversa neste contexto.

O sistema de pagamento de tarifa única *community rating* onde, por exemplo, indivíduos de uma mesma região geográfica pagam o mesmo prêmio de risco, só é possível se a compra de plano de seguro for mandatória ou, em outro caso, se o seguro for administrado por um empregador e este esteja indiretamente forçando um subsídio cruzado entre os diversos grupos de indivíduos da empresa. Caso contrário, o equilíbrio da economia pode ser instável ou mesmo não existir, dependendo da fração de cada grupo na sociedade (Rotschild & Stiglitz, 1976).

A possibilidade de seleção adversa de consumidores, tem consequências diretas, tanto no sistema de regulamentação dos planos de seguros, como nos contratos propostos pelas seguradoras. Duas formas usuais de evitar a seleção adversa são as imposições de cláusulas sobre doenças preexistentes e tempos de carência para tratamentos específicos. Na ausência destas especificações, os indivíduos só demandam o plano de seguro quando irão utilizar os serviços. No caso da economia americana, praticamente todas as seguradoras têm cláusulas sobre exclusão de cobertura para doenças preexistentes. Em alguns países, os governos têm forçado uma regulamentação propondo cobertura ampla para todos os serviços sem exclusão de doenças preexistentes. As consequências dessa regulamentação podem determinar inclusive o fechamento do mercado de seguros. Em economias com mercado de seguros mais sólido, algumas empresas que operam em maior escala têm condição de absorver este tipo de risco.⁴⁸

Freqüentemente, na literatura, alguns autores argumentam em favor do financiamento público, sob a justificativa de que apenas nesse caso se tem garantido o acesso universal aos serviços de saúde e pela não observância do problema de seleção adversa. É preciso qualificar entretanto esta afirmativa. O Estado pode garantir o acesso aos serviços de saúde mesmo quando o sistema de financiamento é privado, ou implementando mecanismos regulatórios nos contratos, ou através de subsídio cruzado indireto como é realizado nos Estados Unidos. Em segundo lugar, o problema de seleção adversa é decorrência da regulação imposta sobre a determinação de preços dos seguros e não do fato do financiamento ser privado. No caso do desenho institucional americano, o problema de

47 Esta perda de bem-estar também pode ocorrer quando o governo tenta implementar subsídio cruzado entre grupos sociais através do setor privado (Neudeck & Podzeck, 1996).

48 Dois mecanismos regulatórios, utilizados para proteger os consumidores, entretanto são importantes: garantia do direito de se associar a qualquer plano de seguro e garantia de renovação do contrato com a seguradora. Estes dois mecanismos são fundamentais para evitar a seleção de consumidores pela seguradora (seleção do risco).

seleção adversa não se verifica uma vez que a regulamentação dos planos de seguro permite a discriminação entre os indivíduos. O acesso aos serviços é garantido através de um sistema de subsídio indireto. A população economicamente ativa financia o seu seguro saúde e também os gastos despendidos com os grupos excluídos do mercado: os idosos e os indivíduos de baixa renda.⁴⁹

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção pública no financiamento e provimento de bens e serviços de saúde, é justificada pelos formuladores de política pública pela consideração destes bens como bens meritórios. Entretanto, esta consideração não implica na necessidade de provimento e financiamento destes bens pelo Estado. O acesso pode ser garantido através de diversas formas.

Nesse trabalho comparamos as experiências de três países com desenhos institucionais dos sistemas de seguridade diferenciados. Nos casos canadense e inglês, o financiamento é público, mas a organização do provimento é bastante distinta nos dois países. No modelo americano, o governo oferece um programa de seguro público apenas para alguns grupos sociais, financiado pela população economicamente ativa, implementando um programa de subsídio cruzado indireto entre grupos sociais ao mesmo tempo.

As particularidades presentes no mercado de bens e serviços de saúde são, entretanto, endereçadas de forma diferenciada dependendo da forma de financiamento destes bens. A evidência empírica sugere que no caso de financiamento público direto, os problemas de risco moral não foram solucionados, gerando superutilização de serviços médicos. No caso dos consumidores, a implementação de um sistema de divisão de custo condicionado ao nível de renda não é incompatível com o princípio de acessibilidade, mas pode significar perda de popularidade para os governantes. No que concerne aos provedores, pode se supor que, como a maior parte dos países que opta por financiamento público, tem grande parte dos serviços também providos de forma pública, a centralização administrativa torne mais difícil a implementação de sistemas de divisão de risco. No caso de financiamento privado os contratos de seguro contemplam os dois problemas de risco moral. O sistema de reembolso dos provedores implementa a divisão do risco criando os incentivos para a racionalização

49 Uma outra forma de analisar este subsídio, é interpretá-lo como um subsídio intertemporal do mesmo indivíduo.

dos recursos médicos e, portanto, uso mais eficiente, e os instrumentos de divisão de custo com os consumidores são utilizados em praticamente todos os planos de seguro.

O funcionamento eficiente do mercado de bens e serviços de saúde, por apresentar imperfeições, depende da regulação proposta pelo Estado. É importante que o Estado garanta sustentabilidade financeira dos planos de seguro, um sistema de informação sobre os provedores e planos de seguro; garantia de livre associação e direito de renovação dos contratos.

Por último, a evidência empírica sugere também a existência de um problema de risco moral dinâmico decorrente dos incentivos à supertutilização de serviços intensivos em tecnologia, que endogenizam o processo de geração tecnológica. Esta superutilização de tecnologia determina um gasto elevado com recursos médicos que não necessariamente se traduzem em benefício marginal para os consumidores. Uma forma de se garantir que não ocorram perdas de bem-estar social é garantir maior flexibilidade nos desenhos de contratos.⁵⁰ Na medida em que os indivíduos têm condições de escolher entre diversos tipos de contratos, pode ser que não sancionem o uso intensivo de tecnologia.

50 Um desenho muito amplo de contratos, entretanto, pode determinar excessiva segmentação de mercado, tornando inviável à seguradora intermediar os riscos dos indivíduos. Nesse sentido, uma política de ampla flexibilização deve ser acompanhada de uma política de ajustamento do risco. Sobre este ponto ver Cutler (1993; 1996) e Cochrane (1995).

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Mônica Viegas; LISBOA, Marcos de Barros. *Externalidades difusas: uma aplicação para o caso da saúde*. [s.l.]: EPGE/FGV, 2000. Mimeografado.

_____; _____. Seguro de saúde privado: lições do caso americano. In: ENCONTRO LATINO-AMERICANO DA SOCIEDADE DE ECONOMIA, 1999, Cancun. *Anais...* Cancun:[s.n.], jul. 1999.

ARMSTRONG, Pat; ARMSTRONG, Hugh; FEGAN, Claudia. *Universal health care: what the United States can learn from the canadian experience*. New York: The New York Press, 1998.

BAILY, Martin N.; GARBER, Alan. *Health care productivity*. Brooking Papers: microeconomics, American Economic Review, 1997.

CHOLLET, Deborah J.; LEWIS, Maureen. Private Insurance: Principles and Practice. *Innovation in Health Care Financing*, Proceedings of a World Bank Conference, March, 10-11, 1997

COCHRANE, John H. Time-consistent health insurance. *Journal of Political Economy*, v. 103, n. 3, 1995.

CUTLER, David M. Why doesn't the market fully insure long-term care? *NBER Working Paper* n. 4301, May, 1993.

_____. Public policy for health care. *NBER Working Paper* n. 5591, May, 1996.

DAY, Patricia; KLEIN, Rudolf. *Britain's health care experiment*. Health Affairs, Fall, 1991.

ENTHOVEN, Alain. *Internal market reform of the british national health service*. Health Affairs, Fall, 1991.

EUROPEAN observatory on health care systems. Who regional office for Europe. 1999.

FUCHS, Victor; REDELMEIER, Donald. Hospital expenditures in the United States and Canada. *The New England Journal of Medicine*, v. 328, n. 11, p. 772-778. Mar. 1993.

GERTLER, Paul J.; HAMMER, Jeffrey S. Strategies for pricing publicly provided health services. *Innovation in health care financing*. Proceedings of a World Bank Conference, March, 1997.

GRUMBACH, Kevin; FRY, John. Managing primary care in the United States and in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*, v. 1, Apr. 1993.

HAM, Cris; BROMMEL, Mats. Health care reform in the netherlands, sweden and the United Kingdom. *Health Affairs*, v. 13. n. 5, Winter, 1994.

HURST, Jeremy. Reforming health care in seven european nations. *Health Affairs*, Fall, 1991.

JONSSON, Bengt; MUSGROVE, Philip. Government financing of health care. *Innovation in Health Care Financing*, Proceedings of a World Bank Conference. Mar. 1997.

KLEIN, Rudolf. Why britain is reorganizing its national health service – yet again? *Health Affairs*, v. 17, n. 4, July/Aug. 1998.

LASSEY, Marie L.; LASSEY, Willian; JINKS, Martin J. *Health care systems around the world*. New Jersey: Prentice Hall, 1997.

LISBOA, Marcos de Barros; MOREIRA, Humberto. *Should we be afraid of managed care? A theoretical assessment*. [s.l.]: EPGE/FGV, abr. 2000. (Ensaio Econômico, n. 365).

MACCLELAN, Mark; KESSLER, Daniel. Do doctors practice Defensive Medicine? *Quarterly Journal of Economics*, Cambridge, p. 353-390, May 1996.

MAYNARD, Alan; BLOOR, Karen. Introducing a market to the United Kingdom's National Health Service. *The New England Journal of Medicine*, v. 29, Feb. 1996.

NATIONAL health expenditures in Canada, 1975-1996. Fact Sheets. Canada Health Act: Overview .hc-sc.gc.ca/medicare/chaover.htm.

NEWDECK, W.; PODZECK, K. Adverse selection and regulation in health insurance markets. *Journal of Health Economics*, Amsterdam, v. 15, p. 387-408, 1996.

NEWHOUSE, Joseph P. Medical care costs: how much welfare loss? *Journal of Economic Perspectives*, v. 6, n. 3, Summer, 1992.

_____; et al. Hospital expenditures in the United States and Canada: do hospital worker wages explain the differences? *Journal of Health Economics*, North Holland, v. 11, p. 453-465. 1992.

_____. *Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment*. [s.l.]: Harvard University Press, 1996. 504 p.

RACHLIS, Michael; KUSHNER, Carol. *Strong medicine: how to save Canada's health care system*. Toronto: Harper Perennial, 1995.

RIVETT, Geoffrey. *From cradle to grave: fifty years of the NHS*. London: King's Fund, 1997.

ROTHSCHILD, M.; STIGLITZ, J. Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information. *Quarterly Journal of Economics*, Cambridge, p. 629-650, 1976.

The United Kingdom National Health Service. <http://www.cs.man.ac.uk/mig/people/jeremy/nhs.html>.

WEISBROOD, Burton A. The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care and cost containment. *Journal of Economic Literature*, v. XXIX, p. 523-552, Jun. 1991.

APÊNDICE

Tabela 1

MORTALIDADE INFANTIL
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL E PERINATAL
(MORTES POR 1000 NASC.)

Ano	Mortalidade infantil			Mortalidade perinatal		
	Canadá	EUA	UK	Canadá	EUA	UK
1979	10,9	13,1	12,8	11,8	13,9	14,7
1985	8,0	10,6	9,4	8,7	10,8	10,1
1990	6,8	9,2	7,9	7,7	9,1	8,1
1995	6,0	8,0	6,0	7,0	–	–

Fonte: OECD Health Data 98.

Tabela 2

EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER

Ano	Canadá		EUA		UK	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
1971	69,3	76,4	67,4	75,0	68,8	75,0
1981	71,9	79,1	70,4	77,8	70,8	76,8
1990	73,8	80,4	71,8	78,8	72,9	78,6
1995	75,3	81,3	72,5	79,2	74,3	79,7

Fonte: OECD health Data 98.

Tabela 3

EXPECTATIVA DE VIDA AOS 40 ANOS

Ano	Canadá		EUA		UK	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
1961	33,0	37,5	31,6	37,0	31,5	36,5
1981	34,7	40,8	33,8	39,9	33,2	38,5
1990	36,2	41,9	35,1	40,6	35,0	39,9
1994	37,3	42,4	35,5	40,7	35,9	40,6

Fonte: OECD Health Data 98.

Tabela 4

TOTAL DOS GASTOS EM SAÚDE (*PER CAPITA*)
(EM PARIDADE DE PODER DE COMPRA)

Ano	EUA	Canadá	UK
1960	149	103	74
1970	357	251	144
1975	605	423	271
1980	1086	717	444
1985	1798	1197	669
1990	2799	1696	955
1995	3767	2029	1234
1997	4090	2095	1347

Fonte: OECD Health Data 98.

Tabela 5

GASTOS TOTAIS EM SAÚDE
COMO PERCENTUAL DO PIB

Ano	EUA	Canadá	UK
1960	5,2	5,5	3,9
1965	5,9	6,0	4,1
1970	7,3	7,1	4,5
1975	8,2	7,2	5,5
1980	9,1	7,3	5,6
1985	10,6	8,4	5,9
1990	12,6	9,2	6,0
1995	14,1	9,7	6,9
1997	14,0	9,3	6,7

Fonte: OECD Health Data 98.

Tabela 6

**GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE
COMO PERCENTUAL DO PIB**

Ano	EUA	Canadá	UK
1960	1,3	2,3	3,3
1965	1,5	3,1	3,5
1970	2,7	5,0	3,9
1975	3,5	5,5	5,0
1980	3,9	5,5	5,0
1985	4,3	6,4	5,0
1990	5,1	6,9	5,1
1995	6,5	6,9	5,8
1997	6,5	6,4	5,7

Fonte: OECD Health Data 98.

Tabela 7

ESTRUTURA ETÁRIA DOS ESTADOS UNIDOS

Anos	0 a 4	5 a 9	10 a 49	50 a 59	60 a 64	65 a 74	75 e +
1960	11,3	10,4	55,1	10,0	4,0	6,1	3,1
1970	8,4	9,7	57,6	10,3	4,2	6,1	3,7
1980	7,2	7,3	59,5	10,2	4,5	6,9	4,4
1990	7,6	7,2	59,7	8,8	4,2	7,2	5,3
1995	7,7	7,5	58,7	9,6	3,9	7,0	5,6

Fonte: OECD Health Data 98.

Tabela 8

ESTRUTURA ETÁRIA DO CANADÁ

Anos	0 a 4	5 a 9	10 a 49	50 a 59	60 a 64	65 a 74	75 e +
1960	12,4	11,3	56,9	8,6	3,2	4,9	2,7
1970	8,8	10,7	59,8	9,3	3,5	4,9	3,1
1980	7,3	7,4	62,0	9,9	3,9	6,0	3,5
1990	7,0	7,0	61,1	9,2	4,2	6,9	4,4
1995	6,7	6,7	59,9	9,8	4,1	7,0	4,9

Fonte: OECD Health Data 98.

Tabela 9

ESTRUTURA ETÁRIA DO UK

Anos	0 a 4	5 a 9	10 a 49	50 a 59	60 a 64	65 a 74	75 e +
1960	7,9	7,3	54,7	6,3	5,2	7,5	4,2
1970	8,3	8,4	52,6	6,2	5,8	8,4	4,7
1980	6,0	6,9	55,5	6,0	5,0	9,3	5,7
1990	6,7	6,3	55,8	5,1	5,0	8,8	6,9
1995	6,4	6,5	55,4	5,2	4,8	8,8	6,9

Fonte: OECD Health Data 98.

Tabela 10GASTOS ADMINISTRATIVOS EM SAÚDE
COMO PERCENTUAL DO PIB

Ano	EUA	Canadá
1960	0,2	0,1
1965	0,3	0,2
1970	0,3	0,1
1975	0,3	0,1
1980	0,4	0,1
1985	0,6	0,1
1990	0,7	0,2
1995	0,9	-
1996	0,8	-

Fonte: OECD Health Data 98.

Tabela 11EQUIPAMENTOS DE ALTA TECNOLOGIA
SCANNER E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
(POR MILHÕES DE HABITANTES)

Anos	<i>Scanner</i>			Ressonância magnética		
	Canadá	EUA	UK	Canadá	EUA	UK
1985	-	-	-	0,2	-	-
1988	-	20,4	3,6	0,4	6,5	0,4
1990	7,1	26,2	4,3	0,7	8,1	1,0
1993	7,5	26,9	6,3	1,0	13,1	2,3
1995	7,9	-	-	1,3	16,0	3,4

Fonte: OECD Health Data 98.

Tabela 12
COMPOSIÇÃO DOS GASTOS NACIONAIS EM SAÚDE
POR OBJETO DE DISPÊNDIO
EUA, 1960/96 (EM %)

	1960	1970	1980	1985	1990	1996
Hospitalares	34,62	37,89	41,31	39,17	36,57	34,64
Médicos e odontológicos	27,04	24,69	23,53	24,49	25,41	24,11
Cuidados e enfermagem em casa	3,17	6,00	8,03	8,45	9,14	10,50
Remédio s/equip. e construção	22,02	18,71	12,70	12,17	11,76	11,52
Custos com adm. seguro	4,35	3,68	4,74	5,54	5,51	5,88
Saúde pública	1,37	1,82	2,69	2,70	2,80	3,43
Pesquisa	2,58	2,65	2,21	1,81	1,74	1,65
Outros serviços	4,84	4,55	4,78	5,67	7,06	8,27

Fonte: Health Care Financing Administration.

Tabela 13
RENDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
RENDA MÉDIA DOS MÉDICOS E DOS DENTISTAS
(EM PPP)

Ano	Renda média dos médicos			Renda média dos dentistas		
	Canadá	EUA	UK	Canadá	EUA	UK
1965	19021	28960	–	12931	12700	–
1970	29795	41100	–	18718	28100	–
1975	36288	55300	20097	31120	30200	19689
1981	52289	89900	30451	48672	45000	29440
1985	70465	112200	38642	63023	–	36093
1990	89923	164000	51842	77615	–	–
1995	–	196000	–	–	–	–

Fonte: OECD Health Data 98.

Tabela 14
NÚMERO MÉDIO DE DIAS DE INTERNAÇÃO

Ano	EUA	Canadá	UK
1960	20,5	11,1	35,9
1965	17,8	11,6	30,1
1970	14,9	11,5	25,7
1975	11,4	11,2	22,9
1980	10,0	13,1	19,1
1985	9,2	13,8	15,8
1990	9,1	13,0	15,6
1995	8,0	12,2	9,9
1996	7,8	12,0	9,8

Fonte: OECD Health Data 98.

Tabela 15
NÚMERO MÉDIO DE DIAS DE INTERNAÇÃO
POR CUIDADO AGUDO

Ano	EUA	Canadá	UK
1960	7,6	–	–
1965	7,8	–	–
1970	8,2	–	–
1975	7,7	–	–
1980	7,6	10,2	8,5
1985	7,1	10,7	8,0
1990	7,3	8,6	5,7
1995	6,5	7,5	4,8
1996	6,5	7,5	4,8

Fonte: OECD Health Data 98.

Tabela 16
NÚMERO DE EPISÓDIOS POR LEITO *PER CAPITA*

Ano	EUA	Canadá
1960	32	21,0
1965	32	23,0
1970	34	24,0
1975	35	24,0
1980	35	22,0
1985	34	21,7
1990	35	22,9
1995	35	–

Fonte: OECD Health Data 98.

Tabela 17
DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO AMERICANA
SEGUNDO O TIPO DE SEGURO – 1987/1995

Ano	Pop. total	Privado			Público	
		Emprego	Seguro próprio	Medicare	Medicaid	S/seguro
1987	241,2	62,06	13,47	12,65	8,37	12,85
1988	243,7	61,92	12,76	12,68	8,49	13,42
1989	246,2	61,58	13,00	12,79	8,61	13,57
1990	248,9	60,35	12,82	12,98	9,76	13,94
1991	251,4	59,71	12,45	13,09	10,70	14,08
1992	256,8	57,94	12,73	12,93	11,45	15,03
1993	259,8	57,08	13,13	12,74	12,20	15,28
1994	262,1	60,89	9,42	12,93	12,06	15,15
1995	264,3	68,56	9,23	13,13	12,07	15,36

Fonte: US.Bureau of the Census: Health Insurance Coverage. 1995.

Tabela 18**TAXA DE OCUPAÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES**

Ano	Canadá	EUA	UK
1960	–	84,6	85,4
1965	–	82,3	84,6
1970	–	80,3	82,1
1975	–	76,7	79,7
1980	82,8	77,7	81,4
1985	85,4	69,5	80,8
1990	84,7	69,7	–
1995	–	66,0	–

Fonte: OECD Health Data 98.

Tabela 19

**NÚMERO TOTAL DE PESSOAS EM FILA DE ESPERA
NA INGLATERRA, 1997-1999
(INTERNAÇÃO HOSPITALAR – POR 1000)**

	1997		1998		1999
	Março	Junho	Março	Dezembro	Fevereiro
Total	1158	1190	1298	1174	1120
12 meses	1127	1143	1230	1118	1068
12-18 meses	31,1	46,3	68,0	56,0	51,8

Fonte: Department of Health, 1999.

Tabela 20

**PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO COM COBERTURA
DE SEGURO PRIVADO
INGLATERRA, 1970-1996**

Ano	% da população
1970	3,6
1975	4,1
1980	6,4
1985	8,9
1990	11,5
1991	11,3
1992	11,2
1995	10,6

Fonte: Laing & Buisson (1997).